ACCADEMIA DI MEDICINA ★ TORINO 10

DISSERTATION

SUR

L'ACCOUCHEMENT ET LES OPÉRATIONS CÉSARIENNE ET DE L'HYSTÉRO-LITHO-TOMIE,

AVEC THÈSES

SOUTENUES PUBLIQUEMENT

PAR

FRANÇOIS-ANTOINE BINET,

DE NICE, DÉPARTEMENT DES ALPES MARITIMES,

POUR ÊTRE REÇU

DOCTEUR EN CHIRURGIE

A L'UNIVERSITÉ DE TURIN,

LE 23 AVRIL 1807, A 11 HEURES

DU MATIN.

A TURIN,

DE L'IMPRIMERIE DE VINCENT BIANCO,

A CÔTÉ DE L'ÉGLISE DE S. FRANÇOIS DE PAULE.

F. I. 6

INTRODUCTION.

L'étude constante et particulière des objets et des faits individuels nous conduit à des notions générales exactes et conformes à la nature des choses; et à mesure qu'on avance dans cette étude, les sciences physiques se perfectionnent, les systèmes et les hypothèses tombent, et la vérité prend la place de l'erreur et de l'illusion. Or, ce qui est vrai pour les sciences naturelles en général, l'est aussi pour l'Art de guérir en particulier. Car, tandis qu'on a trop long-tems négligé l'étude des faits, c'est-à-dire, l'observation, cette science sublime a fait des pas rétrogrades. Elle serait même restée ensevelie dans le vague des hypothèses et des opinions qui ont ralenti ses progrès, si la nature, quelquefois trop avare de ses productions, mais toujours prévoyante, n'avait eu le soin de distribuer, de loin en loin, dans la série des siècles qui se sont succédés, depuis HYPPOCRATE *jusqu'à nous, des hommes dont le talent observateur pouvait encore soutenir son éclat.*

*Mais ces hommes, dépositaires du génie et de la méthode d'*HYPPOCRATE*, marchant sur les traces de ce fondateur de la Médecine, conçurent dès-lors, que pour parvenir à la découverte des vérités de ce grand art, il fallait avoir recours à des explications, à des observations, à des analyses, qu'un seul génie ne pouvait embrasser et illustrer.*

A cet effet une partie d'entr'eux se bornèrent à l'étude des maladies internes, et l'autre à celle des maladies externes.

Il serait très-difficile, même impossible, de citer tous les grands hommes, qui par leurs découvertes se sont distingués dans cette dernière; ces heureux prédestinés n'eurent d'autre livre que la Nature. Aussi la Médecine opératoire a-t-elle déja beaucoup acquis, et acquerra-t-elle peut-être encore plus de précision. C'est à la clarté de ce flambeau que s'immortalisèrent dans le siècle dernier les savans MM. BERTRANDI, DESSAULT, BICHAT, *etc.; dans le présent les profonds MM.* SCARPA, DUBOIS, *et bien d'autres, lesquels par l'application de l'analyse débrouillèrent le cahos et la confusion des maladies externes, qui assiègent sans cesse le genre humain.*

Heureux, si dans le développement de la dissertation que j'entreprends, je saurai me tenir dans le sentier étroit de l'observation, dont les savans Professeurs de Chirurgie de cette illustre Université, tous également recommandables par la transcendance de leur génie, m'inspirèrent le goût, et plus heureux encore si je ne me montre point indigne de porter le titre glorieux de leur Élève.

DES PARTIES DE LA FEMME

QUI ONT RAPPORT

A L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL.

1. Les parties de la femme qui ont rapport à l'accouchement, peuvent se diviser en parties *molles* et en parties *dures*.

Le bassin formé par les parties dures, recouvert tant intérieurement qu'extérieurement des parties molles auxquelles il sert de soutien et d'appui, contribue toujours par sa bonne ou sa mauvaise conformation à faciliter l'accouchement ou à le rendre laborieux, et quelquefois même impraticable par la voie naturelle.

Il faut d'abord procéder à l'examen de la structure du bassin bien conformé, afin qu'éclairé de ces connaissances, on puisse reconnaître la nature et les degrés de difformité, que cette partie contracte quelquefois.

2. Le bassin considéré dans son ensemble privé des parties molles, est une espèce de charpente osseuse, qui représente une cavité de forme conique, dont la base est en haut, le sommet en bas, com-

posé dans l'adulte de quatre os, trois desquels très-grands sont les deux iliaques ou innominés et le sacrum, le quatriéme petit est nommé le coccix.

3. L'os iliaque est très-irrégulier et large, il occupe la partie latérale et antérieure du bassin; dans l'enfance cet os n'ayant pas encore acquis le degré d'ossification qui lui est propre dans l'adulte, il peut être séparé en trois pièces dont une supérieure est nommée l'*ilion*, la seconde inférieure et postérieure *ischion*, la troisième antérieure est connue sous le nom de *pubis*.

4. L'ilion, la plus grande des trois pièces qui composent l'os iliaque, de forme irrégulière, est situé sur le côté du bassin; on peut y distinguer une base, une crête, deux faces, une interne et l'autre externe, deux bords, l'un antérieur et l'autre postérieur.

La base de cet os est la partie la plus inférieure, très-étroite et épaisse; elle est évasée pour former la partie supérieure de la cavité cotyloïde, où cet os s'unit avec l'ischion et le pubis.

La crête forme un bord épais, inégal, convexe, contourné en contre-sens par ses deux extrémités, de manière qu'il représente une *S* italique.

Une espèce d'angle, ou de ligne assez tranchante dans les deux tiers postérieurs de son étendue ou environ, et plus arrondie dans le reste de sa longueur, coupe obliquement de haut en bas, et de derrière en devant la face interne de l'ilion, et la divise en deux parties dont une supérieure très-large, lisse, légèrement concave, forme la fosse iliaque, et l'autre inférieure présente en arrière une tubérosité très-prononcée, où se trouvent des fortes insertions ligamenteuses; un peu plus en devant on y voit une surface inégale, raboteuse, oblique, plus large à sa partie supérieure qu'à l'inférieure, articulée avec

le sacrum; le reste de la face interne de l'ilion fait partie de la marge et de la cavité du bassin, et décrit une très-petite portion d'arc.

La face externe est convexe antérieurement, concave à sa partie postérieure très-irrégulière.

Au bord antérieur s'élèvent deux éminences, dont une supérieure et l'autre inférieure, nommées épines antérieures de l'ilion.

Le bord postérieur de cet os présente aussi deux épines, au-dessous desquelles on y observe une échancrure fort profonde, qui concourt à former celle que l'on nomme sacro-sciatique.

5. L'ischion, seconde pièce de l'os iliaque, est irrégulier, situé presque perpendiculairement au-dessous de l'ilion; on y considère ordinairement un corps, et une branche, qui ont chacun deux faces et deux bords.

Le corps est creusé à sa partie supérieure pour concourir à la formation de la cavité cotyloïde, où il s'unit avec la base de l'ilion et le pubis; sa partie inférieure termine en une éminence très-épaisse arrondie qui porte le tronc quand on est assis, nommée la tubérosité de l'ischion.

La face interne ou pelvienne, est lisse, unie; l'externe latérale est inégale.

Des bords, l'un est postérieur, et jette en arrière, un peu obliquement et en bas, une éminence aplatie, courte, pyramidale, nommée épine sciatique, au sommet de laquelle se fixe le petit ligament sacro-sciatique. L'autre antérieur, de figure semi-lunaire, concourt à former le trou ovalaire.

La branche de l'ischion s'élève intérieurement de la partie inférieure et antérieure de la tubérosité; elle est platte: de ses faces une est externe antérieure, l'autre interne pelvienne, très-unie et égale; quant à ses bords, l'un est raboteux, épais, et

concourt à la formation de l'arcade du pubis, ou à la grande échancrure qui se voit en bas du bassin antérieurement; l'autre mince, échancré, tourné vers le trou ovalaire.

Cette branche termine en s'unissant à une semblable du pubis vers le milieu de la hauteur du trou ovalaire.

6. L'os pubis forme avec son semblable la partie antérieure du bassin; d'ordinaire on le divise comme l'ischion, en corps et en branche.

Le corps transversalement situé a deux extrémités, une latérale externe, l'autre antérieure, et une partie moyenne.

L'extrémité latérale qui est la plus épaisse, est creusée pour concourir à la formation de la cavité cotyloïde; c'est-là que cet os s'unit avec sa partie supérieure à l'ilion, inférieurement à l'ischion.

L'antérieure présente une surface perpendiculaire, oblique, elliptique, rugueuse, quelquefois lisse en arrière, longue de quinze à dix-huit lignes et large de six, qui, avec une semblable de l'os opposé, forme l'articulation pubienne.

La partie moyenne presque triangulaire présente trois faces dont une supérieure, l'autre antérieure, et la troisième interne ou pelvienne. De ces angles un est supérieur, interne, tranchant, et fait partie de la marge du bassin; le second est externe et arrondi; le troisième semi-lunaire forme une portion du trou ovalaire.

La branche descend de l'extrémité antérieure du corps de l'os pubis; elle est longue d'environ sept à huit lignes, aplatie de derrière en avant, assez large à sa partie supérieure, plus étroite à son extrémité. Elle se trouve comme torse sur elle-même de l'intérieur du bassin au dehors, de sorte qu'un de ses bords est presqu'antérieur, raboteux, épais, fesant

partie de l'arcade du pubis ; l'autre postérieur, mince, échancré, contribue à la formation du trou ovalaire.

Cette branche ne descend pas perpendiculairement à l'horison ; elle s'incline constamment vers le trou ovalaire, et beaucoup plus dans la femme que dans l'homme ; ce qui rend chez la première l'arcade du pubis plus large.

7. Trois points d'ossification servent au développement de l'os iliaque, et le séparent primitivement en trois portions ; un se manifeste à sa partie supérieure, c'est-à-dire à l'ilion, un autre paraît à la tubérosité de l'ischion, et le troisième à l'angle du pubis ; ce qui a toujours donné l'idée aux Anatomistes de décrire séparément les trois parties qui le composent, non pour le considérer comme l'assemblage de trois os isolés, mais pour avoir plus de facilité à en donner une idée claire et exacte.

8. La réunion de ces trois pièces a lieu, comme nous avons dit, pour le pubis et l'ischion, au milieu de la lame osseuse formée par leur branche qui borne antérieurement et en dedans le trou ovalaire, pour le pubis et l'ilion, à la cavité cotyloide, pour l'ilion et l'ischion à cette même cavité, laquelle est, comme l'on voit, le point principal de réunion.

9. Le sacrum, os symétrique, de figure triangulaire, pyramidale dont la base est supérieure et la pointe inférieure, est situé à la partie postérieure du bassin, recourbé inférieurement en devant ; les Anatomistes d'ordinaire le divisent en face pelvienne, spinale, vertébrale, coccigienne, et en deux bords latéraux.

La face pelvienne ou antérieure décrit une courbe de la profondeur d'environ un demi-pouce ; elle correspond spécialement au rectum. Quatre rainures transversales saillantes y séparent des surfaces quadrilatères légérement concaves, et vont aboutir de chaque côté à autant de trous nommés sacrés.

La face spinale ou postérieure est convexe, très-inégale, hérissée d'une infinité d'éminences, qui décroissent et diminuent en nombre à mesure qu'elles approchent de la partie inférieure de cet os, où elles se terminent en une espèce de gouttière fermée par le ligament sacro-coccigien postérieur. Sur chaque côté, et dans toute sa hauteur, on y voit un enfoncement raboteux, qui sert d'insertion à des ligamens lesquels vont aux os iliaques.

A la partie moyenne de la face vertébrale ou supérieure, on y observe une facette ovalaire obliquement taillée comme celle de la dernière vertèbre lombaire avec laquelle elle s'unit. Vers le bord postérieur de cette facette s'élèvent deux petites éminences, une à droite et l'autre à gauche, nommées apophyses articulaires, qui se lient avec des semblables de la dernière vertèbre.

La face coccigienne est la moins étendue, elle forme une petite facette ovalaire qui se joint au coccix. Chaque bord présente en haut une surface rugueuse, irrégulière, plus large dans sa partie supérieure que dans l'inférieure, obliquement taillée de haut en bas, de déhors en dedans, et de devant en arrière; elle s'articule avec une semblable de l'os iliaque par le moyen d'une substance cartilagineuse; en bas ce bord est terminé par des inégalités qui servent à l'attache du ligament sacro-sciatique.

Le sacrum très-épais vers sa partie supérieure, s'amincit vers son inférieure. Sa structure est toute celluleuse au dedans; une lame légèrement compacte très-mince se rencontre au déhors.

10. Le coccix est un os symétrique, sa figure approche beaucoup de celle du sacrum; recourbé comme lui en avant, il occupe la partie postérieure et inférieure du bassin: on le divise communément en face spinale, pelvienne, sacrée et en bords latéraux.

La face pelvienne ou antérieure est concave, traversée comme le sacrum par des rainures ; elle correspond au rectum.

La face spinale ou postérieure est convexe, inégale pour l'insertion du ligament sacro-coccigien.

La face sacrée présente une surface concave articulée avec le sacrum.

Les bords sont inégaux pour l'insertion des petits ligamens sciatiques, ils se réunissent en bas à un angle souvent inégal, quelquefois bifurqué, où s'attache le releveur de l'anus.

Le coccix presque tout celluleux, composé pour l'ordinaire de trois pièces, s'ossifie assez tard : ces pièces, qui restent long-tems isolées, finissent à un certain âge par se confondre en une seule, laquelle souvent s'unit avec le sacrum.

11. Tous les os qui forment le bassin, sont maintenus entr'eux par des cartilages et des ligamens très-forts, dont quelques-uns même concourent à former sa cavité.

12. L'articulation des os pubis se fait par le moyen de deux surfaces ovalaires, que les os iliaques se présentent réciproquement en devant ; à ces surfaces s'attachent un grand nombre de fibres inter-articulaires, qui, passant de l'une à l'autre, servent à les unir ; plus denses, serrées et plus multipliées chez l'homme que chez la femme, ces fibres forment des lames concentriques qui s'entrecroisent, et dont les plus superficielles font le tour de l'articulation, tandis que les suivantes n'en occupent que les moitiés supérieure et inférieure. La partie postérieure de ces surfaces articulaires s'en trouve dépourvue chez le plus grand nombre de sujets, chez les femmes surtout, et présente deux petites facettes cartilagineuses, lisses, polies, contigues, humides d'une espèce de fluide blanchâtre ou jaunâtre, qui

remplit leur intervalle. La largeur de ces facettes cartilagineuses est très-variable chez les femmes, quelquefois elles occupent presque toute l'étendue des surfaces articulaires; alors les fibres interarticulaires diminuent, et viceversa. Cette articulation se nomme *pubienne*.

Il paraît que c'est suivant l'un ou l'autre cas, que l'articulation pubienne est plus ou moins fortement assujettie. Deux ligamens affermissent cette articulation, l'un est inférieur et l'autre antérieur.

Le ligament inférieur souspubien est un faisceau très-épais, très-distinct, de forme triangulaire, occupant le haut de l'arcade pubienne qu'il complète, fixé de l'un à l'autre côté à la partie supérieure et interne des deux branches obliques de cette arcade. Ses fibres, assez longues en bas, y répondent à du tissu cellulaire, très-courtes en haut, s'y continuent avec les fibres et les lames interarticulaires.

Le pubien antérieur n'est pas aussi distinct que le précédent. Entrecroisé en devant et recouvert par les aponévroses des muscles abdominaux, il présente divers plans qui viennent les uns de la partie supérieure et face interne des branches pubiennes, pour se confondre et s'entrecroiser extérieurement à l'articulation; les autres plans au contraire, qui ont une direction transversale ou très-oblique, sont beaucoup plus forts, passent d'un os iliaque à l'autre, et vont se confondre profondément avec les lames de l'articulation.

13. Le sacrum et les os iliaques se présentent réciproquement des surfaces inégales, taillées en plan incliné, plus larges en haut qu'en bas, encroûtées d'un cartilage articulaire qu'on a cru simple ou unique, mais qui, examiné avec soin, paraît manifestement double. Celui qui appartient au sacrum, a un peu plus d'épaisseur; tous deux sont rugueux et séparés par une

substanee molle et jaunâtre, humectée d'un peu de synovie. Cette articulation est dépourvue des fibres et lames interarticulaires que nous avons observées à la pubienne, de sorte qu'elle tient toutes ses forces des nombreux ligamens qui l'entourent. Les liens qui affermissent cette articulation, sont les deux ligamens sacro-sciatiques, antérieur et postérieur, un sacro-épineux, un sacro-iliaque, diverses fibres irrégulières.

Le ligament sacro-sciatique postérieur est le plus considérable des deux, de forme à-peu-près triangulaire, mince, aplati, situé à la partie inférieure et postérieure du bassin; il naît de l'extrémité postérieure et externe de la crête iliaque, des côtés et de quelques irrégularités de la partie postérieure du sacrum, du coccix; ensuite il se dirige obliquement en déhors et en bas: ce ligament fort large en arrière, diminue, et son épaisseur augmente proportionnellement à mesure qu'il approche de la partie interne de la tubérosité sciatique, où il se termine en s'élargissant un peu de nouveau. Il fournit en cet endroit un petit prolongement falciforme, qui cotoyant la partie interne de la branche du même os, se prolonge jusque vers son extrémité où il finit en pointe.

Le sacro-sciatique antérieur est plus petit que le postérieur, au devant duquel il se trouve; sa forme est presque la même, sa direction moins oblique, ses insertions confondues avec les siennes, à l'exception qu'elles se font plus antérieurement et sur le côté du sacrum et un peu sur celui du coccix; de-là il se porte en déhors et en devant pour s'insérer, en se retréchissant et en devenant plus épais, au sommet de l'épine sciatique.

Les fibres de ce ligament, ainsi que celles du précédent, sont souvent séparées en plusieurs faisceaux distincts, laissant toujours entr'elles des espaces cellulaires et vasculaires. En devant vers leur

extrémité, ces ligamens laissent entr'eux une espace triangulaire.

Le sacro-épineux situé en arrière forme un faisceau très-épais, qui est long, aplati, fixé d'une part aux épines postérieures de l'os iliaque, d'autre part sur la partie latérale et postérieure du sacrum au niveau du quatrième trou sacré. Ce ligament en passant sur l'articulation, la fortifie et concourt à maintenir les deux surfaces presqu'immobiles dans l'état naturel.

Le sacro-iliaque est formé par un assemblage extrêmement épais, irrégulier de fibres denses, courtes, serrées, qui occupent l'espace irrégulier que laissent entr'eux le sacrum et l'iliaque derrière leur surface articulaire; il s'attache aux deux premières éminences qui se trouvent latéralement à la face épineuse du sacrum, à l'espace qu'il y a entre ces éminences et la surface cartilagineuse qui est plus en devant; de-là il se porte à la surface interne de la tubérosité iliaque, qui est raboteuse, extrêmement inégale, et à laquelle il se fixe. C'est l'articulation nommée *sacro-iliaque.*

14. L'articulation *sacro-vertébrale* se fait 1.° par deux surfaces transversalement oblongues, qui se présentent réciproquement la dernière vertèbre et le milieu de la base du sacrum, unies par un fibro-cartilage capable de ressort, humecté de synovie, très-épais en devant et très-mince en arrière, tel que celui de toutes les autres vertèbres; 2.° par les deux petites apophyses articulaires, qui sont comme adossées au bord postérieur de la surface énoncée du sacrum, et par des pareilles de la dernière vertèbre. Cette articulation est entourée d'une infinité de ligamens.

Tout mouvement n'est point interdit à cette espèce de jonction, mais il est très-petit. Si le bassin en exécute un plus grand sur le tronc, il ne faut le

regarder que comme un composé de celui qui se passe entre chaque vertèbre lombaire et les dernières du dos.

15. La dernière vertèbre n'a pas avec l'os iliaque une articulation immédiate : un ligament nommé ilio-lombaire passant de l'un à l'autre sert à affermir leur rapport ; et empêche leur écartement. Ce ligament fixé en dedans au sommet de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire, se dirige de-là transversalement au dehors, et vient s'attacher à l'épine postérieure supérieure, et à la crête de l'os iliaque. Outre ce ligament, on en observe un autre très-court et petit, qui descend de la même apophyse pour se terminer au bord supérieur de l'articulation sacro-iliaque ; c'est de cette manière que se forme l'articulation dite *vertébro-iliaque*.

16. L'articulation *sacro-coccigienne* est semblable à la sacro-vertébrale. Deux facettes ovalaires que le sacrum et le coccix se présentent réciproquement, affermies par un fibrocartilage et deux faisceaux fibreux, l'un antérieur et l'autre postérieur, constituent cette articulation.

Le coccix peut se mouvoir et céder à la pression qu'il éprouve en différentes circonstances. Cette mobilité, extrême dans la jeunesse, s'affaiblit insensiblement et se perd avec l'âge ; mais soit qu'elle se perde ou qu'elle diminue considérablement avant l'époque de la vie où la femme devient inféconde, elle peut dans certains cas, très-rares à la vérité, apporter des obstacles à l'accouchement.

17. Outre les articulations que nous venons d'observer, le bassin a des connexions avec les extrémités inférieures, dont la description n'est pas très-importante au but que nous nous proposons.

18. Quoique les os iliaques et le sacrum soient solidement articulés entr'eux, quelque multipliés que

soient les moyens que la nature emploie pour donner à cet ensemble la stabilité nécessaire au libre exercice des mouvemens du tronc et des extrémités inférieures, dont il est en quelque sorte le centre, leurs articulations peuvent néanmoins se relâcher et s'affaiblir au point de jouir d'une mobilité apparente; elles peuvent céder aux efforts de l'accouchement, à l'impulsion même des agens extérieurs, s'alonger ou se déchirer, et permettre aux os de s'écarter.

De la division du bassin et de ses dimensions naturelles.

1. La largeur du bassin offre une différence remarquable chez l'homme et chez la femme. Dans celle-ci elle est sensiblement plus considérable dans tous les sens. Une ligne saillante, rarement circulaire, le plus souvent elliptique et quelquefois ovale, mais toujours sensiblement inclinée de derrière en devant, forme le détroit supérieur, et divise la cavité pelvienne en deux parties dont une supérieure plus évasée, qu'on désigne sous le nom de grand bassin, l'autre inférieure plus retrécie, et formant une espèce de canal qu'on nomme le petit bassin.

2. Le grand bassin présente en arrière l'articulation sacro-vertébrale, sur les côtés les fosses iliaques internes; en devant le défaut de parois osseuses laisse une grande échancrure que remplissent les muscles abdominaux.

3. Les Accoucheurs assignent d'ordinaire quatre diamètres au détroit supérieur. L'un antéro-postérieur s'étend de l'articulation pubienne à la sacro-vertébrale, et présente une longueur d'environ quatre pouces; un autre transversal est à-peu-près de cinq pouces, et se porte d'un côté du bassin à l'autre en coupant le premier en angle droit; les deux autres

obliques tiennent le milieu par rapport à leur longueur ; ils s'étendent diagonalement d'une cavité cotyloïde à la jonction sacro-iliaque opposée; ils sont chacun de quatre pouces et demi environ.

4. Il faut cependant observer que les parties molles qui se trouvent dans le bassin, apportent quelque changement à la longueur respective de ces diamètres, considérée principalement par rapport à l'accouchement. S'ils perdent tous également de leur longueur à cause de l'épaisseur du col de la matrice toujours peu considérable dans son extrême développement (attendu qu'elle ne surpasse pas alors celle de trois ou quatre feuilles de papier ordinaire), il n'en est pas de même par rapport aux muscles. Le grand diamètre ou le transversal est presque le seul que les psoas diminuent dans leur trajet ; ils le font plus ou moins selon leur grosseur individuelle, et selon que le détroit du bassin est d'une forme plus elliptique ou plus arrondie, mais toujours assez pour que ce diamètre paraisse plus court que les autres. Ces muscles font perdre aussi quelque chose aux diamètres obliques du côté de leur extrémité postérieure, mais cela n'empêche pas qu'ils ne soient les plus longs, et qu'on ne doive les considérer comme tels rélativement à l'accouchement.

5. Le petit bassin plus étroit que le grand, mais sensiblement plus haut, forme une sorte de canal plus large à sa partie moyenne de derrière en avant, qu'à ses extrémités. Rempli chez la femme par l'intestin rectum, la vessie, la matrice et le vagin, on y observe aussi un détroit appelé inférieur, par opposition au supérieur, dirigé en bas et un peu en arrière ; il est remarquable par trois éminences séparées par autant d'échancrures : des trois éminences deux antérieures latérales sont formées par les tubérosités sciatiques, l'autre postérieure moyenne est

représentée par le coccix, et descend moins que les précédentes. De ces échancrures deux sont postérieures latérales, nommées échancrures sacro-sciatiques, que les ligamens du même nom complètent en arrière et sur les côtés; la troisième antérieure plus grande, est connue sous le nom d'arcade pubienne. On y remarque à ce détroit autant de diamètres que dans le premier. L'antéro-postérieur est étendu du bas de l'articulation pubienne au sommet du coccix; le transversal va d'une tubérosité sciatique à l'autre; les deux obliques comprennent chacun l'espace qui sépare le milieu d'un des grands ligamens sacro-sciatiques à la tubérotité sciatique du côté opposé.

6. L'étendue commune de ces diamètres est de quatre pouces, mais le coccix par sa mobilité est susceptible de faire un peu varier le premier.

7. L'arcade pubienne mérite aussi d'être connue, puisque sa forme et ses dimensions peuvent également influer sur le mécanisme de l'accouchement. Cette arcade, arrondie dans sa partie supérieure et large de quinze à vingt lignes seulement, s'augmente insensiblement en descendant, de sorte que ses jambes sont écartées de plus de trois pouces et demi en bas, même quatre pouces. Sa hauteur est d'environ deux pouces, si on prend pour base la ligne qui passe pour diamètre transversal du détroit inférieur.

8. Après la description que nous venons de donner des diamètres du bassin, nous croyons très-essentiel et même indispensable de parler de ceux des parties les plus volumineuses de l'enfant bien conformé considérées par rapport à l'accouchement.

9. De toutes les parties de l'enfant considérées par rapport à l'accouchement, la tête doit passer non seulement pour la plus volumineuse, mais encore pour la plus solide. Si la poitrine dans son état naturel parait

plus grande en quelque sens, sa structure est telle, que par rapport à l'arrangement et à la manière dont le grand nombre de pièces qui la composent sont liées, elle s'accommode toujours plus facilement à l'espèce de filière que lui présente le bassin de la femme.

10. On remarque bien quelque chose de semblable dans la structure de la tête, puisqu'elle est également composée d'un grand nombre de pièces osseuses souples, qui ne sont unies que par des parties membraneuses, lesquelles leur permettent de se rapprocher ou de s'écarter un peu selon les circonstances. Aussi la tête peut-elle, au moyen de ces dispositions, se mouler en quelque façon à la figure du bassin, ainsi qu'on le remarque dans certains accouchemens difficiles. Mais il faut observer qu'en diminuant dans un sens elle augmente presque toujours dans un autre.

11. Quoique la tête de l'enfant, au moment de la naissance, soit comme ovoïde, cependant on peut y distinguer cinq régions, deux extrémités et quatre diamètres.

12. Des cinq régions de la tête, deux en forment le sommet et la base; les trois autres les côtés et la face.

L'une des extrémités est supérieure et postérieure, nous l'appellons occipitale: l'autre est inférieure et antérieure, c'est le menton. La première est plus épaisse et arrondie; la seconde plus étroite, et plus alongée.

13. Le plus grand des diamètres de la tête, nommé oblique, passe diagonalement de la symphyse du menton à l'extrémité postérieure de la suture sagittale; sa longueur est de cinq pouces et un quart pour l'ordinaire. Le moyen ou longitudinal, qui est d'environ un pouce plus court, s'étend du milieu du front au haut de l'os occipital: le troisième perpendiculaire traverse la tête du sommet à la base du

crâne ; et le quatrième transversal passe d'une protubérance pariétale à l'autre. La longueur de ces derniers est assez constamment de trois pouces et quatre à six lignes.

Des parties molles de la femme qui ont rapport à l'accouchement.

1. Parmi le grand nombre des parties molles de la femme qui ont quelque rapport à l'accouchement, les unes sont actives et servent à expulser l'enfant, telle est la matrice ou utérus presque toujours aidé par l'action des muscles abdominaux, du diaphragme, etc. Les autres sont passives, et servent principalement à recouvrir le bassin tant extérieurement qu'intérieurement.

2. L'utérus organe d'un très-petit volume en raison de celui qu'il est susceptible d'acquérir, destiné à servir d'asile au produit de la conception pendant toute la durée de son développement, est entièrement situé dans la cavité du petit bassin entre le rectum et la vessie.

3. Sa figure approche beaucoup de celle d'une petite poire aplatie, dont la longueur serait de deux pouces et demi environ, la largeur de dix-huit à vingt-quatre lignes, et l'épaisseur de dix à douze seulement.

4. On divise ordinairement ce viscère en fond, en corps et en col. Le fond qui en est la partie supérieure la plus large, la plus évasée, comprend tout ce qui se trouve au-dessus de l'insertion des trompes de Fallope; le corps, qui est au-dessous, s'étend jusqu'à l'endroit le plus resserré de cet organe où commence le col; celui-ci formé par une portion étroite alongée va se terminer dans la partie supérieure du vagin par une proéminence plus ou moins

marquée communément appellée museau de tanche. La matrice considérée extérieurement présente deux faces et trois bords. Ces faces, l'une antérieure, l'autre postérieure, sont convexes, l'antérieure un peu plus : elles empruntent du péritoine un aspect lisse, et sont contiguës l'une à la vessie, l'autre au rectum. Des trois bords, l'un supérieur, arrondi et un peu convexe suivant sa longueur, répond à l'intestin grêle : les deux autres, latéraux, forment supérieurement avec lui deux angles, d'où naissent les trompes utérines, ils se continuent sur les côtés du corps de cet organe, et se rapprochent inférieurement pour se terminer à la partie du col qui est embrassée par l'extrémité supérieure du vagin, dans lequel il fait saillie.

5. L'intérieur de l'utérus offre une cavité aplatie, très-petite en proportion du volume de l'organe, à cause de l'épaisseur considérable des parois. La partie de cette cavité qui répond au corps, est triangulaire : elle se termine en haut et sur les côtés par deux orifices très-petits, qui conduisent dans les trompes utérines, en bas par une autre plus large, qui s'ouvre dans la cavité du col. Cette dernière n'est réellement qu'un prolongement de la première, et communique dans le vagin par une fente transversale, qui se trouve presque à la partie moyenne du museau de tanche. Les bords de cette fente sont ordinairement déchirés chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans.

6. Les parois de la matrice sont très-épaisses particulièrement dans le corps ; elles paraissent formées d'un tissu extrêmement dense et résistant, dans lequel il existe une grande proportion de fibrine.

7. Le péritoine après avoir recouvert la vessie se refléchit sur la partie antérieure du vagin, passe devant la matrice, et en embrasse le fond pour se porter de haut en bas sur la face postérieure : de cette manière il forme à cet organe une enveloppe

extérieure très-adhérente à son tissu propre par une couche de tissu cellulaire assez dense et non graisseux, que parcourent une grande quantité de vaisseaux.

8. La cavité de cet organe est revêtue d'une membrane muqueuse, très-poreuse, extrêmement fine et intimement unie au tissu de la matrice. On remarque, particulièrement dans la cavité du col, des lacunes ou petits culs-de-sac, qui se remplissent de mucosité, et des rides irrégulières, lesquelles de l'intérieur semblent se ramifier sur les deux faces de la cavité du corps.

9. Les divisions des artères utérines, et quelque ramification des spermatiques se distribuent à cet organe, et forment un ensemble considérable de vaisseaux, lequel parcourt les deux faces de la matrice au-dessous de la tunique péritonéale. Ces artères ne sont pas simplement flexueuses, comme beaucoup des petites artères des autres parties, mais elles décrivent des zigzags très-rapprochés.

10. Les veines de l'utérus ne sont pas moins nombreuses que les artères; elles proviennent également de deux sources. Celles d'entr'elles qui sont placées dans l'épaisseur même du tissu propre de la matrice, forment ce qu'on nomme les *sinus utérins*.

L'utérus admet aussi dans sa structure beaucoup de vaisseaux absorbans. Ses nerfs lui viennent du plexus hypogastrique.

11. Le péritoine après avoir recouvert toute la matrice, excepté la partie qui saillit dans le vagin, forme sur les côtés de cet organe deux replis connus sous le nom de *ligamens larges* étendus depuis le col jusque vers le fond, qui la fixent aux parois latérales du bassin. Ces deux larges replis forment avec la matrice une sorte de cloison transversale, qui divise cette cavité en deux parties à-peu-près égales, occupées l'antérieure par la vessie, la posté-

rieure par le rectum. La laxité de ces ligamens fait que la matrice jouit d'une certaine mobilité, et peut changer de position quand elle y est sollicitée.

A leur bord supérieur, qui est libre et de niveau avec le fond de l'utérus, répond la duplicature de la portion péritonéale qui les compose, de manière qu'ils sont formés de deux feuillets adossés: c'est dans l'intervalle de ces deux lames, très-souvent dépourvu de graisse ou n'en contenant qu'une très-petite quantité, que se trouvent placés de chaque côté l'ovaire, le ligament rond et la trompe; et comme les deux premiers soulèvent, l'un le feuillet postérieur, l'autre l'antérieur, tandis que le dernier occupe précisément le bord libre, chaque ligament large a l'apparence d'une division en trois petits replis secondaires que la plupart des Anatomistes appelaient les *aîlerons* des ligamens larges, dans le tems que ceux-ci eux-mêmes étaient appelés les *aîles* de la matrice.

12. Les ligamens ronds naissent des parties latérales de la matrice au-dessous et au-devant des trompes, ils se portent en déhors et un peu en haut dans l'épaisseur des ligamens larges dont ils soulèvent le feuillet antérieur, se recourbent ensuite en montant vers les os pubis pour sortir par les anneaux des muscles obliques. Aussitôt après qu'ils ont franchi cette ouverture, ces ligamens se partagent en trois ou quatre petits faisceaux, qui se perdent dans le tissu cellulaire du mont de Vénus et des grandes lèvres. Leur longueur est plus considérable que l'intervalle qui sépare leurs points d'origine et de terminaison, à cause du trajet courbe qu'ils décrivent dans l'abdomen. La forme de ces ligamens est ronde, un peu aplatie; ils sont plus larges à leurs extrémités qu'à la partie moyenne. Ils résultent de l'assemblage des fibres longitudinales que pendant long-tems on a cru musculeuses, mais qui paraissent n'être que

du tissu cellulaire très-dense: beaucoup de vaisseaux serpentent dans leur épaisseur, et viennent des spermatiques: un filet de nerf des plexus réneux en fait également partie.

Ces cordons s'accroissent pendant la grossesse, et s'engorgent comme le tissu de la matrice même: ils servent à en assurer la situation naturelle, ou au moins ils bornent les mouvemens de cet organe.

13. Indépendamment de ces quatre ligamens principaux, on en voit encore deux autres à la partie inférieure de la face antérieure et postérieure de l'utérus: ce sont des replis sémi-lunaires du péritoine qu'il a plu à quelques Anatomistes de nommer petits ligamens ronds, Ceux qui se trouvent en arrière, descendent des parties latérales postérieure et inferieure de la matrice, et vont se perdre en remontant le long du rectum; ceux qui se remarquent entre la matrice et la vessie sont un peu plus petits. L'usage des uns et des autres paraît le même que celui des ligamens larges.

14. Les trompes sont deux conduits tortueux flottans dans la cavité du bassin, longs de quatre à cinq travers de doigt, qui prennent leur origine aux parties latérales de la matrice, et se portent horizontalement en déhors entre les deux lames des ligamens larges correspondans, immédiatement au-dessous de leur duplicature ou de leur bord libre, Ces conduits, qui naissent presque capillaires des deux angles supérieurs et latéraux de la cavité utérine, s'élargissent insensiblement jusque vers le milieu où ils se retrécissent de nouveau, et présentent une espèce d'étranglement auquel succède presqu'immédiatement une portion évasée, qui se termine en manière d'entonnoir ou de pavillon dont le contour est irrégulièrement découpé, garni de plusieurs languettes qui lui ont fait donner le nom de morceau frangé:

une des languettes un peu plus longue que les autres, est fixée à l'extrémité correspondante de l'ovaire.

15. Les trompes sont comme enveloppées des ligamens larges avec lesquels elles ont un rapport assez immédiat. La nature de la membrane propre qui les compose, est encore entièrement inconnue ; plusieurs Anatomistes la croient absolument la même que celle de l'utérus, d'autres l'assimilent avec le tissu spongieux de l'urètre, ou des corps caverneux. La présence du fluide muqueux qui humecte l'intérieur de ces conduits, et la libre communication qu'ils ont avec la cavité utérine, nous fait présumer qu'ils sont intérieurement tapissés par une continuation extrêmement mince de la membrane muqueuse utérine.

16. Les ovaires sont deux corps blanchâtres de forme oblongue et aplatie, ordinairement un peu moins gros que les testicules des hommes, placés de chaque côté à quelque distance de la matrice dans l'épaisseur de l'aîleron postérieur des ligamens larges. Ce prolongement du péritoine les recouvre dans toute leur étendue excepté du côté inférieur, où ses lames s'écartent pour laisser aux vaisseaux qui s'y rendent ou qui en viennent, un passage libre.

17. A l'extrémité externe de cet organe adhère une des languettes du pavillon de la trompe ; l'interne est fixée à la matrice par un petit cordon filamenteux long d'un pouce et demi environ, placé derrière le ligament rond et un peu au-dessus. Ce cordon, qu'on appelle *ligament de l'ovaire*, est très-grêle et entrelacé avec le tissu de la matrice.

18. Les ovaires sont formés d'une membrane propre, inconnue dans sa nature, très-adhérente extérieurement au péritoine, qui renferme immédiatement un tissu mou, comme spongieux, d'une couleur grisâtre. Ce tissu paraît pénétré d'une petite quantité de

fluide qui lui donne en partie la mollesse qui le caractérise. A son milieu sont logées des petites vésicules, dont il paraît simplement destiné à être le réceptacle, formées d'une membrane très-mince, qui renferme un fluide visqueux rougeâtre ou jaunâtre. Ces vésicules sont ordinairement au nombre de quinze à vingt dans chaque ovaire, tantôt plus tantôt moins. Leur grosseur est indéterminée, la plupart sont placées au centre, mais quelques-unes sont plus voisines de la surface.

19. On dit qu'une ou plusieurs proéminent à l'extérieur plus que les autres; et dans le système de la génération, où l'on regarde ces vésicules comme autant de germes dont l'imprégnation est opérée par la semence de l'homme, celles-là sont les plus disposées à recevoir l'influence du principe fécondant.

20. Les vaisseaux et les nerfs qui vont se distribuer à chacun des ovaires, sont les mêmes que ceux qui chez l'homme appartiennent aux testicules.

21. Le vagin est un canal membraneux qui occupe l'intérieur du petit bassin, placé entre la vessie et le rectum; il se prolonge en haut vers la matrice dont il embrasse le col, et descend pour se terminer à la vulve qui en forme l'entrée. Sa longueur, qui est à-peu-près celle du pénis, peut varier, mais presque toujours en raison inverse de sa largeur.

Le vagin légèrement recourbé sur lui-même est un peu concave du côté de la vessie, convexe du côté opposé; et comme son entrée présente une coupe oblongue, il en résulte que sa partie antérieure est moins longue que la postérieure.

22. La face externe de ce conduit peut se diviser en quatre régions, une antérieure, une postérieure, et deux latérales.

Les deux premières, tapissées par le péritoine dans leur moitié supérieure, et contiguës, l'antérieure

à la vessie, la postérieure au rectum, sont unies inférieurement à ces organes par un tissu cellulaire assez dense. Les régions latérales répondent en haut aux ligamens larges, et en bas à beaucoup de tissu cellulaire, côtoyées d'ailleurs dans cette dernière partie par l'uretère qui se rend à la vessie, et par l'artère ombilicale.

23. On peut considérer le vagin comme formé de trois tuniques, dont une externe fournie par le péritoine ne recouvre, comme nous avons observé, que la moitié supérieure de ce canal, la seconde est interne, muqueuse; un tissu propre en forme la troisième.

La membrane muqueuse est une continuation de la membrane de la vulve, qui après avoir tapissé tout l'intérieur du vagin, se réfléchit sur la partie du col de la matrice saillante dans ce conduit, et communique par son orifice avec la muqueuse utérine. Cette membrane forme dans la surface interne du vagin un grand nombre de rides qui lui donnent un aspect rugueux semblable à celui que nous offre l'intérieur de la vessie, de l'estomac, des intestins fortement contractés. Ces rides sont moins multipliées et moins saillantes au voisinage du col utérin, où elles affectent toute sorte de direction, que dans la moitié inférieure du vagin, où elles sont transversales, régulièrement arrangées principalement vers les parois antérieure et postérieure.

24. L'épaisseur de cette membrane muqueuse assez considérable vers l'entrée du vagin et dans le milieu, est sensiblement moindre vers le col. Sa couleur d'abord vermeille, devient ensuite grisâtre; et dans la partie supérieure du vagin, des taches livides assez multipliées lui donnent à cet endroit un aspect marbré. Enfin la muqueuse du vagin présente à sa surface une infinité de pores cachés en grande partie

dans les rugosités. Ces pores aboutissent à des petites lacunes, qui dans cette membrane tiennent lieu de cryptes glanduleuses. Ces sinus et ces follicules muqueux sont la source du fluide qui lubrifie habituellement l'intérieur de ce conduit.

25. Le tissu propre, confondu inférieurement avec le tissu cellulaire qui entoure la partie correspondante du vagin, forme une couche peu épaisse extérieure à la membrane muqueuse avec laquelle il est très-adhérent. Sa texture est dense, serrée, de couleur jaunâtre; un peu plus souple, plus lâche du côté de la vulve, il se transforme à l'orifice du vagin en un tissu spongieux susceptible de se pénétrer de sang et de passer en une sorte d'érection : c'est cette partie que les Anatomistes appellent *plexus rétiforme*, et qui existe particulièrement sur les côtés de l'ouverture.

26. Cet orifice du vagin est embrassé par deux bandes charnues qui montent de la partie antérieure du sphincter de l'anus au clitoris, et qu'on appelle muscles constricteurs.

27. Le tissu propre du vagin vers le col de la matrice est extrêmement dense, serré, s'entrelasse même avec la substance de cet organe. Cette troisième tunique inconnue dans sa nature jouit à un très-haut degré de l'extensibilité et de la contractilité du tissu.

Le vagin tire ses vaisseaux des hypogastriques, et ses nerfs des sacrés.

De la matrice considérée dans l'état de grossesse, de l'oeuf, du placenta, des membranes et des eaux de l'amnios.

1. Après quelques jours d'un coït fécondant, d'ordinaire le germe ou l'œuf est transmis d'un des ovaires à l'utérus par le moyen de la trompe cor-

respondante; il s'attache, se fixe à un point de la cavité de cet organe, et l'endroit de cette primitive adhérence est ordinairement le lieu d'insertion du placenta.

2. La matrice, destinée à servir d'asile au fœtus, se dilate, s'agrandit en suivant les progrès de son développement : les vaisseaux y apportent beaucoup de sang qui est la source où le fœtus puise les matériaux de sa nutrition; enfin, à une époque déterminée et fixée par la nature, en vertu des propriétés vitales dont il s'est pénétré en changeant d'organisation, l'utérus se débarrasse du produit de la conception.

3. Le développement de cet organe est provoqué par le liquide qui entoure le fœtus, la quantité duquel augmente jusqu'à la fin de la grossesse; mais toujours en raison inverse de l'accroissement de ce dernier.

4. Pendant une assez longue époque de la gestation l'ampliation de la matrice se fait aux dépens de son corps; le col n'éprouve aucun changement. Il suit de-là que cet organe, qui cesse d'être aplati dès qu'il commence à prendre un volume plus considérable, conserve assez long-tems sa disposition pyriforme. Seulement, vers le septième ou huitième mois dans les premières grossesses, un peu plutôt chez les femmes qui ont eu déja plusieurs enfans, le col diminue de longueur, fait une saillie moindre dans le vagin, et s'entr'ouvre légèrement.

5. L'utérus dès-lors prend une forme décidément ovalaire, dont l'extrémité inférieure est toujours plus petite et alongée, si ce n'est à l'instant même de l'accouchement.

6. Vers la fin des trois premiers mois de la grossesse, la matrice est encore contenue dans le bassin, et ce n'est généralement que dans le cours du qua-

trième que son fond dépasse le détroit supérieur, et peut être aisément senti au travers des parois abdominales, un peu au-dessus du pubis. Au cinquième mois accompli, le fond n'est guère éloigné de l'ombilic que de deux travers de doigt; il l'atteint durant le sixième, le dépasse au septième, et parvient dans la région épigastrique vers la fin du huitième. Mais alors, soit à cause de la part que prend le col au développement de l'utérus, soit parceque le corps même de l'organe cesse d'augmenter en hauteur, et qu'il s'agrandit davantage tranversalement et de devant en arrière, le fond de la matrice se rapproche véritablement de l'ombilic, au-dessus duquel il s'élève beaucoup moins aux approches de l'accouchement.

7. Les rapports que nous venons d'exposer, ne sont pas toujours constans: l'inclination de l'utérus soit antérieure soit sur les côtés, les différences qui existent quelquefois dans le volume de cet organe à une époque déterminée de la gestation chez plusieurs femmes ou chez la même à plusieurs grossesses, peuvent les varier singulièrement.

8. A mesure que la matrice se développe, les ligamens larges s'appliquent sur elle, et concourent à former l'enveloppe séreuse que le péritoine lui fournit dans la grossesse, comme hors de cet état: ils deviennent en conséquence beaucoup plus étroits, mais ne disparaissent jamais complètement. Les ligamens ronds, les trompes et les ovaires s'élèvent avec l'utérus dans l'abdomen, et changent manifestement sous tous les rapports. Les ligamens ronds suivent un trajet plus direct pour se rendre aux anneaux; ils sont d'ailleurs plus ou moins distendus, et on ne peut pas douter que leur tiraillement ne cause en partie les douleurs vives que les femmes grosses éprouvent dans les aines.

9. Les trompes acquièrent une grosseur remarquable ; en outre elles s'appliquent sur les parties latérales de l'utérus, auquel elles sont étroitement unies dans presque toute leur longueur.

Les ovaires deviennent eux-mêmes aussi plus gros et plus spongieux.

10. Le vagin s'infiltre, se tuméfie ; ses glandes suintent une plus grande quantité d'humeur muqueuse ; les rides transversales qui existent à sa surface interne, disparaissent, et favorisent son alongement lorsqu'à une certaine époque de la grossesse la matrice s'élève au-dessus du détroit supérieur.

11. Malgré l'ampliation que l'utérus acquiert principalement vers les derniers tems de la gestation, le tissu de ses parois conserve à-peu-près l'épaisseur qu'il nous présente hors l'état de grossesse : il n'y a que le col qui, dans ces dernières périodes, est extrêmement aminci. Observons toutefois que cette permanence dans l'épaisseur des parois de l'utérus n'est pas tellement rigoureuse, qu'on ne puisse trouver celles-ci légèrement amincies sur quelques femmes, et un peu augmentées sur d'autres. Il faut encore remarquer que, quelle que soit cette épaisseur, elle n'est jamais parfaitement uniforme dans toute l'étendue de ces parois.

12. En se développant ainsi, le tissu de la matrice acquiert une couleur rouge assez foncée ; il perd en partie sa densité, devient très-spongieux et par sa propre conversion, et par la dilatation des nombreux vaisseaux qui le pénètrent. A la superficie externe de cet organe immédiatement au-dessous de la tunique péritonéale, il existe un plan très-mince de fibres musculaires longitudinales, coupées au voisinage du col par quelques-unes transversales. On en trouve aussi à la surface interne des concentriques formant un double plan, également très-

mince, autour des orifices des trompes. Plus profondément, le tissu de l'utérus résulte d'un entrelacement inextricable de ces mêmes fibres, parmi lequelles on ne saurait distinguer aucuns plans, aucuns faisceaux réguliers.

13. Les artères pendant la grossesse se dilatent insensiblement, et deviennent moins fluxueuses. Le sang qu'elles apportent très-abondant, sert non seulement pour la nutrition et l'accroissement de l'utérus, mais elles en déposent pour le fœtus et ses dépendances; aussi observe-t-on qu'elles sont plus dilatées du côté où adhère le placenta, puisqu'elles versent immédiatement du sang dans ce corps spongieux.

14. Les veines de la matrice qui, hors l'état de grossesse, sont déja plus multipliées et plus considérables que les artères, conservent en augmentant de diamètre leur prédominance sur ces dernières, en sorte qu'elles sont très-grosses pendant la gestation. Leur dilatation n'est pas seulement remarquable à l'extérieur, elle l'est encore dans l'épaisseur même des parois utérines, ce qui fait paraître le tissu de cet organe comme creusé de cavités, dont quelques-unes, au terme de la gestation, admettent facilement l'extrémité du doigt.

15. Les vaisseaux absorbans de l'utérus grossissent aussi considérablement pendant le tems de la gestation.

16. La matrice jusqu'au moment de l'imprégnation ne jouit que de la sensibilité organique et de la tonicité, propriétés qui font les forces permanentes et habituelles de cet organe, nécessaires à sa nutrition et à l'évacuation menstruelle; mais aussitôt que le produit animé de la conception en décide le développement, alors il survient un changement dans l'organisation de l'utérus, et il se pénètre d'une

nouvelle propriété contractile, qui dès-lors devient sa faculté dominante, et de laquelle dépend l'expulsion du fœtus au terme de la gestation, ou à une époque antérieure, quand des circonstances accidentelles la mettent en exercice. Cet organe acquiert en même tems la sensibilité animale.

17. La recherche de la cause immédiate de l'accouchement, c'est-à-dire qui au terme de la grossesse met en jeu la faculté contractile de l'utérus, a de tout tems occupé les Physiologistes. D'après HYPPOCRATE, toute l'antiquité s'était persuadée, que le défaut de nourriture suffisante était ce qui fesait naître chez l'enfant un sentiment importun, lequel le sollicitait à s'agiter, pour aller ailleurs chercher des alimens. D'autres ont cru que l'acrimoine des eaux dans lesquelles le fœtus nage, agaçait la superficie de son corps, l'irritait, et le déterminait à faire tous ses efforts, pour se soustraire à cette douloureuse impression; d'autres enfin prétendaient en retrouver la cause soit dans le poids et l'acreté du méconium et de l'urine, soit dans le besoin que l'enfant a de respirer, etc.

18. Peu satisfaits de ces opinions, la plupart des modernes ont embrassé la suivante: ils admettent entre les parois du corps de la matrice et le col de cet organe, une sorte de lutte, dans laquelle, pendant tout le cours de la gestation, la résistance de ce dernier, c'est-à-dire du col, surmonte la tendance des premières à se contracter; et ils supposent que la supériorité qu'acquièrent celles-ci sur le col, par l'affaiblissement insensible qu'il éprouve, est ce qui sollicite leur contraction définitive. Mais remarquons que, par cette explication, on donne une idée du phenomène de l'accouchement, et non pas de la cause qui décide le travail de l'enfantement.

Quoiqu'il en soit, les contractions de l'utérus

peuvent seules opérer l'expulsion du fœtus : l'action du diaphragme et des parois abdominales d'ordinaire les seconde, et c'est parceque ces muscles ont une influence puissante sur l'accouchement, qu'il est en partie volontaire.

19. Après l'expulsion du fœtus et de ses dépendances, la matrice continue d'agir, revient sur elle-même, mais avec calme. Ses parois prennent momentanément une épaisseur plus considérable ; les vaisseaux comprimés par l'état permanent de contraction ne laissent échapper, malgré la dilatation de leurs orifices, qu'une petite quantité de sang qui, fournie lentement, est bientôt remplacée par des mucosités que sépare abondamment l'intérieur de la matrice, et qui constituent l'écoulement propre aux femmes nouvellement accouchées, et connu sous le nom de *lochies*. Cette évacuation dure un tems plus ou moins long, et ne cesse sans doute que lorsque l'utérus a repris l'état dans lequel il était avant la conception. Le retour de cet organe à son volume primitif est d'abord dû à l'évacuation, au resserrement des vaisseaux ; mais bientôt la nutrition y diminue d'activité, les phénomènes de la décomposition prédominent jusqu'à ce que l'excédant des principes déposés pour le développement de cet organe ait été soustrait.

20. On appelle *oeufs* dans l'espèce humaine et chez les animaux vivipares, la poche membraneuse qui, renfermée dans la matrice, contient immédiatement le fœtus et le liquide qui l'entoure de toute part. L'œuf est formé de plusieurs parties qui n'ont point entr'elles le même arrangement aux diverses époques de la grossesse.

21. Quelque semaine après que le germe ou l'œuf est transmis dans la cavité utérine, où il se fixe à un point indéterminé de ses parois, un léger duvet,

ou amas filamenteux s'élève à sa surface, s'augmente insensiblement et devient très-épais. Dans le cours du second mois, ces filamens dispersés, qui sont la base primitive du placenta, se rassemblent pour constituer cette masse spongieuse dans l'endroit d'adhérence du germe.

22. La partie du germe qui forme la vésicule ou la poche membraneuse, sur toute la surface externe de laquelle sont posés, comme nous avons dit, les rudimens du placenta, est composée elle-même de deux membranes distinctes, dont une externe est dénommeé *chorion*, et l'autre interne moins grande s'appelle *amnios*.

23. Au terme de la grossesse, le placenta se montre sous l'état d'une masse spongieuse, de forme communément ronde, ayant six à huit pouces de diamètre, épaisse d'un bon pouce au centre, et assez mince vers la circonférence qui se confond avec la membrane caduque, dont nous parlerons ci-après. Mais il n'est pas tel depuis le commencement de la gestation: en effet, jusque vers la fin du premier mois, nous avons observé qu'un amas filamenteux, une sorte de *tomentum*, intermédiaire à toute la surface du chorion et à l'utérus, en tient lieu. Ces filamens sont un assemblage de vaisseaux très-fins et très-multipliés qui ont leurs racines à la surface interne de l'utérus, et leurs petits troncs au chorion. Pendant le second mois ils se rassemblent en s'approchant du lieu où l'œuf s'est fixé aux parois de la matrice, de manière à ne bientôt plus occuper que la moitié de la surface utérine du chorion. Déja donc le placenta a une étendue plus limitée; et, dans les mois qui suivent, il prend une épaisseur de plus en plus considérable, tandis qu'il diminue de largeur, au moins proportionnellement à l'étendue des membranes, jusqu'à ce que, dans un fœtus à

terme, il présente les dimensions indiquées plus haut, à quelques légères variétés près.

24. La situation du placenta sur l'un des points de la surface de la matrice, varie singulièrement. Le placenta, considéré au terme de la gestation, présente deux faces, l'une externe appliquée aux parois de l'utérus, légèrement convexe, l'autre interne tournée du côté du fœtus, un peu concave, qu'on nomme face fœtale; le cordon ombilical s'insère communément au centre; l'amnios et le chorion la recouvrent: celui-ci y est très-adhérent.

25. La face utérine du placenta est creusée par des sillons plus ou moins profonds et très-irréguliers, qui divisent le parenchime en plusieurs petits lobes, auxquels on a donné le nom de *cotylédons*. Ces lobes ne touchent pas immédiatement aux parois de la matrice; une couche membraneuse les recouvre, s'enfonce dans leurs intervalles, et passe en même tems de l'une à l'autre.

26. Les artères et la veine ombilicales, après avoir formé le cordon, se partagent sur la surface fœtale du placenta en plusieurs branches qui, légèrement flexueuses, marchent en rayonnant sur le chorion, auquel elles sont très-adhérentes. Les branches de la veine, plus nombreuses que celles de chaque artère isolément, sont à-peu-près égales à celles réunies de deux artères; en sorte que dès cette première division des vaisseaux ombilicaux, il n'y a plus qu'une artère pour une veine, rapport qui paraît exister jusque dans leurs ramifications capillaires. Les branches de chaque ordre s'anastomosent entr'elles sur la face du placenta; elles fournissent quelques rameaux très-fins à la partie voisine des membranes. Enfin leurs divisions principales pénètrent la substance de ce corps et s'y ramifient.

27. La substance du placenta offre un tissu mol-

lasse spongieux et facile à déchirer. Elle a constamment une couleur rouge foncée: des vaisseaux sanguins, un tissu cellulaire très-fin destiné à en unir les ramifications, et des filamens blanchâtres très-résistans, adhérens à la surface du chorion, qui sont d'autant plus nombreux qu'on les examine sur un placenta plus près du terme de la grossesse, sont les seuls élémens connus de l'organisation de ce corps spongieux.

28. Les Anatomistes se sont épuisés en longues discussions, pour déterminer le mode d'adhérence du placenta à l'utérus et de communication avec les vaisseaux de cet organe. On avait d'abord admis une anastomose immédiate des artères de l'utérus avec les radicules de la veine ombilicale, et réciproquement des ramifications des artères ombilicales du fœtus avec les veines utérines; mais les expériences qu'on a réitérées un grand nombre de fois sur des cadavres de femmes enceintes, pour tenter de faire parvenir dans les veines ombilicales des injections poussées dans les artères de la matrice, ont toujours été sans succès: le fluide s'épanche à la surface utérine du placenta, dans les interstices lobulaires. (*a*) Depuis qu'on a été contraint de rejetter cette anastomose directe des vaisseaux du placenta avec ceux de la matrice, chacun, pour ainsi dire, a conçu à sa manière le mode de communication qui existe entre eux. Voici ce que M. BICHAT en dit: les artères et les veines utérines, plus ou moins dilatées, traversent la membrane caduque, et ont leur orifices béans dans les interstices lobulaires de la surface correspondante du placenta. Les premières y déposent le

---

(*a*) *M.* BICHAT, *tom. V, pag.* 416 *de son anatomie descriptive.*

sang de la mère, qu'absorbent les radicules multipliées de la veine ombilicale. Les veines utérines puisent dans les mêmes interstices lobulaires le sang qui après avoir circulé dans le fœtus est ramené par les artères ombilicales. Il y a donc, si l'on peut s'exprimer ainsi, une double exhalation sanguine et une absorption double de la part des vaisseaux de l'utérus et de ceux du placenta. On peut toutefois remarquer que l'absorption et l'exhalation du placenta sont opérées par des ramifications vasculaires infiniment déliées, tandis que les veines et les artères utérines exercent les mêmes actions par des orifices béans. Il est très-présumable que le sang de la mère se mêle à celui qui revient du fœtus; et qu'en vertu d'une sensibilité propre, ainsi que par une sorte de faculté élective, les radicules de la veine ombilicale puisent avec le sang fourni par la mère, les principes nutritifs qui pouvaient encore être contenus dans celui rapporté par les artères ombilicales. Soit au reste par l'addition d'une partie de ce dernier, soit en vertu d'une élaboration spéciale dans les vaisseaux capillaires du placenta, le sang qui est porté au fœtus est noir, sans qu'on puisse douter cependant qu'il n'ait des qualités nutritives éminentes (*b*).

(*b*) *M.* BAUDELOCQUE *prétend que les artères utérines et ombilicales versent leur sang dans des réservoirs que l'on connaît sous le nom de sinus utérins, et que de-là les veines du même nom viennent l'y reprendre, les unes pour le rapporter dans la masse générale des humeurs de la femme, et les autres pour le conduire au foetus.*

Nous croyons qu'il n'y a rien de plus faux, attendu que ces prétendus réservoirs ou sinus utérins ne sont autre chose que les veines de ce même organe très-dilatées. Voyez les expériences faites par MM. HALLER *et* BICHAT.

29. La plus externe des deux membranes de l'œuf nommée chorion, se trouve immédiatement appliquée à toute la surface interne de la matrice, avec laquelle elle s'unit par du tissu cellulaire et quelques vaisseaux. Le chorion ne ressemble à aucune des membranes connues, sa substance est spongieuse et son épaisseur médiocre. On y découvre des vaisseaux sanguins. Il s'en détache une lame fort mince qui recouvre la surface convexe du placenta, et qui est percée d'un grand nombre de petites ouvertures. Cette membrane se réfléchit de la face fœtale du placenta sur le cordon ombilical, et forme à ce faisceau vasculaire une gaîne étendue jusqu'à l'ombilic du fœtus.

30. L'amnios est une membrane très-mince transparente, sa face interne lisse touche immédiatement aux eaux qui entourent l'enfant. Elle est unie au chorion par toute l'étendue de sa surface externe, au moyen d'un tissu cellulaire extrêmement fin. On trouve quelquefois des fœtus, chez qui cette membrane est si étroitement unie au chorion dans toute la longueur du cordon, qu'on pourrait douter qu'il y eût sur ce dernier une double couche membraneuse.

Sous le nom des eaux de l'amnios, l'on entend ce liquide qui existe dès les premiers développemens de l'embryon. Sa quantité augmente bien jusqu'à la fin de la grossesse, mais non pas en raison de l'accroissement du fœtus.

Tantôt assez limpides, tantôt blanchâtres et comme laiteuses, les eaux de l'amnios ont une odeur fade, une saveur légèrement salée: ce liquide s'exhale, et s'absorbe par des vaisseaux qui s'ouvrent en grande proportion à la surface interne de l'amnios.

31. Plusieurs Anatomistes, entr'autres MM. HALLER, HUNTER, etc. ont beaucoup parlé d'une troisième membrane extérieure à l'œuf, connue par les mo-

dernes sous le nom de membrane caduque: voici à-peu-près la description que M. BICHAT en donne dans le vol. V. de son anatomie descriptive.

32. Vers les premiers jours de l'imprégnation, il se produit dans la matrice une substance molle, floconneuse, disposée sous la forme de membrane ou plutôt d'une couche plus ou moins épaisse. Cette membrane qui préexiste dans la matrice à la descente du germe, l'entoure de toute part lorsqu'il y est transmis, et lui forme une enveloppe très-adhérente à l'endroit où il s'attache aux parois utérines, percée, suivant HUNTER, de trois ouvertures correspondantes aux orifices des trompes et au col de l'utérus.

33. Les vaisseaux utérins paraissent s'étendre au milieu de cette substance membraneuse criblée de petites ouvertures, et c'est par son moyen qu'ils s'anastomosent et communiquent avec ceux innombrables qui, placés entr'elle et le chorion, sont dans le premier tems de la grossesse, les rudimens du placenta.

34. Après la formation du placenta, c'est-à-dire après la réunion, vers le lieu d'adhérence du germe aux parois de l'utérus, des nombreux vaisseaux intermédiaires à la caduque et au chorion, la couche dont nous venons de parler reste appliquée immédiatement à la surface interne de la matrice; il existe en outre une autre membrane mince appliquée sur le chorion, continue à la précedente vers la circonférence du placenta, et communiquant ailleurs avec elle par des prolongemens vasculaires disséminés çà et là.

35. Cette membrane est nommée par HUNTER *caduque réfléchie*; on croit qu'elle doit sa formation ou à la caduque qui de la circonférence du placenta s'épanouit sur tout l'extérieur de l'œuf, ou aux restes du tissu filamenteux et vasculaire qui, pendant

les deux premiers mois, garnissait l'extérieur de l'œuf.

Quelque soit la manière dont on conçoive la formation de cette membrane, elle n'existe pas long-tems d'une manière distincte, car d'abord contiguë ou lâchement unie à la caduque de la matrice, elle se confond ensuite avec elle, et ces deux membranes vers le milieu de la grossesse n'en font vraiment plus qu'une seule. Ainsi disposée, la caduque est lâchement unie aux parois de l'utérus, elle s'en détache même avec facilité, puisqu'on la trouve souvent à l'extérieur de l'œuf dans les avortemens qui n'ont pas été précédés de l'évacuation des eaux de l'amnios, et où toutes les parties du produit de la conception ont été rendues en un seul corps.

36. La disposition de cette membrane varie singulièrement; elle devient très-mince à mesure que le terme de la gestation approche. Continue avec le tissu spongieux du placenta, et surtout avec l'expansion membraneuse qui revêt la surface utérine de ce corps, d'ordinaire elle se détache de la matrice lors de l'accouchement, et se trouve appliquée sur le chorion.

37. M. Bichat finit par ajouter qu'il est très-nécessaire de prévenir que plusieurs Anatomistes confondant la membrane caduque avec le chorion, donnent à la membrane qu'ils décrivent sous cette dernière dénomination, plus d'épaisseur qu'à l'amnios; tandis qu'en admettant trois membranes, c'est-à-dire en isolant la caduque du chorion, celui-ci est plus mince que l'amnios.

On ignore l'origine de cette substance. Hunter, dont la plupart des Anatomistes ont embrassé l'opinion, lui donne pour base un fluide coagulable, une lymphe concrescible, qu'il suppose séparée à la surface interne de l'utérus par suite d'un coït fécondant. D'autres croient qu'elle est le pro-

duit d'une dégénération propre de la liqueur séminale (*c*).

De l'Accouchement.

1. L'accouchement est cette action par laquelle un enfant sort du ventre de sa mère; elle s'exécute pour l'ordinaire vers la fin du neuvième mois après la conception, ou dans les premiers jours du dixième. Quoique ce terme soit le plus commun, cependant l'expérience journalière nous prouve incontestablement qu'il se trouve des femmes qui accouchent, les unes à sept ou à sept mois et demi, les autres dans le courant du huitième, et quelquefois même après le dixième.

2. L'accouchement a reçu différentes dénominations selon le tems de la gestation où il se fait. On le nomme avortement avant le septième mois. Depuis cette époque jusque par delà le dixième, l'accouchement peut être à terme ou prématuré: il est à terme quand il se fait naturellement sans aucune cause accidentelle; il prend le nom de prématuré lorsqu'il arrive par une cause quelconque non naturelle, telle que des maladies dont l'enfant ou la mère peuvent être atteints; ou bien d'une cause extérieure, comme d'un coup, d'une chûte, etc.

3. Plusieurs Accoucheurs ont aussi donné le nom de fausse-couche à la sortie de l'enfant avant le septième mois; mais cette dénomination convient plutôt à désigner l'expulsion d'une môle ou de tout autre corps qui serait le produit de la conception.

A quelque tems de la gestation que la sortie de

(*c*) *M.* BAUDELOCQUE *n'admet pas cette membrane qu'il nomme* décidua, *comme une membrane particulière, mais seulement comme une lame du* chorion.

l'enfant s'effectue, des causes sans nombre peuvent la rendre plus ou moins difficile, même impraticable par la voie naturelle.

4. Nous pourrions entrer ici dans de nombreux détails en analysant toutes ces causes qui exigent presque toujours le secours de la main de l'Accoucheur, tantôt seule, tantôt avec des instrumens. Mais nous nous bornerons à parler seulement de celles qui peuvent nous obliger d'avoir recours à l'opération césarienne.

De l'opération césarienne.

1. On appelle césarienne l'opération par laquelle on ouvre à un ou plusieurs enfans contenus dans le sein de la mère, une autre issue que celle destinée par la nature. Si l'on n'incise quelquefois à cet effet que les parois de l'abdomen, le plus souvent il faut aussi inciser la matrice même. On nomme aussi césarienne l'incision que l'on fait au col de la matrice, pour la sortie ou l'extraction de l'enfant: ce dernier genre d'opération a été appelé par quelques Praticiens césarienne vaginale, pour la distinguer d'avec la première qu'ils ont désignée sous le nom d'opération césarienne abdominale. Cette opération se fait ou sur la femme vivante, ou aussitôt après sa mort.

2. Des anciens Accoucheurs, entr'autres M. Mauriceau, recommandent de ne jamais pratiquer l'opération césarienne sur la femme vivante, parcequ'ils la croient essentiellement mortelle. Cependant depuis très-long-tems des exemples nombreux nous prouvent qu'elle n'est pas toujours aussi funeste.

3. Un grand nombre de Médecins et Chirurgiens très-distingués rapportent une infinité de ces opérations pratiquées avec un heureux succès sur

différentes femmes, et sur la même à plusieurs grossesses (*d*).

4. Ce qui contribue souvent à rendre cette opération infructueuse, c'est qu'on ne l'entreprend ordinairement qu'après qu'une femme a été épuisée par le travail de plusieurs jours, tems auquel la matrice a beaucoup souffert par quantité de contractions inutiles qui la disposent à une inflammation de toute sa substance.

5. Les causes qui obligent d'avoir recours à l'opération césarienne, sont :

1.° Toutes les grossesses extrà-utérines ;

2.° Le passage de l'enfant dans la cavité abdominale à la suite d'une grande rupture de la matrice.

3.° La mauvaise conformation du bassin.

4.° L'énorme volume du fœtus qui soit encore vivant.

5.° Lorsque ce dernier est retenu dans un en-

(*d*) *M. Rousset rapporte que M. Nicolas Guillet, Chirurgien, fit pendant six fois l'opération césarienne à une femme qui demeurait dans un village près de Paris ; que les enfans qu'elle mit au monde, vécurent tous ; mais à sa septième grossesse, M. Guillet étant mort, elle chercha inutilement un Chirurgien qui voulût lui faire l'opération césarienne ; n'ayant pu accoucher par la voie ordinaire, elle mourut misérablement avec son enfant. Dans le premier volume des mémoires de Chirurgie de l'Académie de Paris on trouve une collection de soixante et quatre opérations césariennes, dont plus de la moitié furent pratiquées sur treize femmes seulement. On voit aussi par ces mêmes observations, que cette opération fut faite quelquefois dans des cas où l'on aurait pu l'éviter.*

foncement de la matrice, comme dans une poche particulière inaccessible aux contractions de ce viscère, avec menace d'inflammation, de gangrène ou de déchirement de ses parois.

6.° Parceque le même fœtus se trouve contenu dans une portion de la matrice formant hystérocèle, ou bien dans le cas de descente complète, et que leur réduction se soit rendue impossible d'aucune façon.

7.° Une tumeur squirreuse à base très-large dans le vagin ou à l'entrée de la matrice, et qui ne puisse être enlevée sans exposer la femme à un danger plus imminent encore que celui de l'opération césarienne.

8.° Enfin la mort de la femme enceinte.

6. Quoique l'utérus soit le seul organe destiné par la nature à servir d'asile au fœtus pendant tout le tems de son développement, il arrive quelquefois qu'il se trouve contenu dans les ovaires, dans les trompes de Faloppe, ou dans la cavité même du bas-ventre; ce qui constitue les diverses grossesses extra-utérines.

Il est extrêmement rare que ces grossesses en général parviennent à terme aussi heureusement que les grossesses ordinaires.

7. Lorsque le fœtus est contenu dans quelqu'un des trois endroits susindiqués contre l'ordre naturel, il est évident que si on ne lui ouvre à propos une voie artificielle, et celui-ci et la mère devront infailliblement périr. Il est cependant des exemples que le sac contenant le fœtus et les parties environnantes, s'étant enflammés, l'adhérence qui eut lieu entre le fœtus et ces dernières, et la suppuration successive causèrent en dehors un abcès par l'ouverture duquel on fit l'extraction du fœtus entier ou à morceaux, avec les différentes matières simultanément

existantes, opération dont on lit plusieurs exemples (*e*), mais qui n'ont pas toujours un succès également heureux. Dans d'autres circonstances plus communes la poche qui renferme l'enfant, se déchire à demi-terme, faute de pouvoir s'étendre davantage, et le laisse tomber dans le ventre en fournissant d'ordinaire, par les vaisseaux qui rampent sur ses parois, une quantité de sang assez considérable pour faire périr les femmes dans l'espace de quelques heures (*f*). D'autres fois le fœtus meurt au troisième ou quatrième mois, ou même avant; il se dessèche ensuite, se pétrifie presque, et il est ainsi porté par la mère pendant très-long-tems sans aucune incommodité essentielle (*g*).

8. Il est très-difficile de reconnaître les grossesses extra-utérines avant le quatrième ou le cinquième mois, attendu que les signes en sont très-illusoires et ont beaucoup de rapport avec ceux de la grossesse ordinaire, lesquels à la rigueur avant ce terme sont eux-mêmes incertains, surtout si l'endroit où

(*e*) *Les grossesses extra-utérines ne sont pas les seules qui puissent se terminer de cette manière: la main bienfaisante de la nature se montre quelquefois de même dans la grossesse ordinaire, lorsque ses efforts ont été infructueux pour faire sortir l'enfant par la voie naturelle. Plusieurs fois il a été rejeté ou extrait par des abcès qui s'étaient ouverts au-dessus de l'ombilic, dans d'autres points de la surface abdominales, dans l'intestin rectum, etc.* (*V. MM. de la* MOTTE, ROEDERER, BAUDELOCQUE.)

(*f*) *V. les exemples rapportés par M.* SABATIER *dans son premier volume de médecine opératoire.*

(*g*) *MM.* BERTRANDI, BAUDELOQUE *en citent des exemples dans leurs traités d'accouchement.*

s'est développé le fœtus, se trouve près l'organe utérin ou sur ses parois mêmes. Mais à cette époque on peut avec un mûr examen s'assurer presque de la place occupée par ces grossesses.

9. La conservation de l'enfant n'est pas le seul motif qui doive nous engager à ouvrir le sein de la mère dans les cas de grossesse extra-utérine ; les nombreux accidens auxquels donne lieu la présence de l'enfant mort, ne nous dispensent pas toujours de recourir à cette opération qui devient souvent très-urgente.

10. Quant au tems où l'on doit la faire lorsque l'enfant est vivant, la nature nous l'indique par les efforts qu'elle fait comme au terme ordinaire d'une bonne grossesse. On doit aussi y avoir recours, si les accidens multipliés que la femme éprouve plutôt ou plus tard après la mort de l'enfant, la nécessitent.

11. Le lieu où il faut pratiquer l'opération césarienne, n'est pas toujours le même ; c'est pourquoi l'Opérateur guidé par les signes des différentes grossesses extra-utérines, fera la taille là où il pourra plus aisément et plus promptement parvenir au fœtus et l'extraire, toujours guidé par les connaissances anatomiques.

Si le placenta ne se détache pas de lui-même dès les premiers momens, on en suspendra l'extraction jusqu'à ce que la nature l'indique (*h*). On obviera par ce moyen à l'hémorragie considérable qui pourrait avoir lieu, si on voulait le détacher avec force aussitôt après la sortie du fœtus.

(*h*) *Si l'opérateur le juge à propos, il pourra lier en deux endroits le cordon ombilical, et ensuite le tailler entre les deux ligatures.*

12. Des ulcères de l'utérus, l'amincissement contre nature d'une de ses régions, ou des duretés calleuses de son col, du vagin, la conformation défectueuse du bassin, la mauvaise situation de l'enfant, etc., sont les causes plus ordinaires que l'utérus au moment où il se contracte violemment sur l'enfant, se déchire et permet très-souvent à ce dernier de passer dans la cavité abdominale.

Des causes extérieures peuvent aussi rompre la matrice, surtout si son état de grossesse est très-avancé. On en trouve des exemples à la suite d'une chute, d'une forte pression du ventre, de l'application peu méthodique de la main ou des instrumens destinés à opérer l'accouchement.

13. L'organe utérin peut indistinctement se déchirer dans tous ses points, mais on remarque cependant que c'est le plus souvent vers ses côtés, vers son fond, son col, et presque toujours en différentes directions.

Le passage de l'enfant dans l'abdomen non seulement est très-dangereux pour la femme, mais encore pour l'enfant même, surtout si l'on diffère à lui ouvrir au plutôt une issue. C'est pourquoi, lorsque par l'état de l'utérus, principalement de son orifice, par le changement qu'on observe dans l'abdomen, et enfin par les nombreux accidens qui surviennent d'ordinaire, on peut avec fondement croire que le fœtus est passé de la cavité uterine dans l'abdominale, il faut alors immédiatement ouvrir cette dernière à l'endroit correspondant à celui où existe le fœtus et l'extraire (*i*). L'Opérateur se décidera

---

(*i*) *M.* THIBAUT *des Bois, Chirurgien de la ville de Mans, fit cette opération quelques heures après le passage de l'enfant et du placenta dans l'abdomen, ce qui la rendit inutile pour ce dernier. La femme n'en*

ensuite ou à faire l'extraction du placenta, si celui-ci a pénétré avec le fœtus dans l'abdomen, ou s'il est resté dans la matrice, il fera les deux ligatures susénoncées au cordon, et il tâchera de le faire sortir par l'orifice de la matrice de la même manière qu'on le fait dans les accouchemens ordinaires; il aura soin, dans tous les cas, d'enlever les caillots de sang qui pourraient empêcher la sortie du flux lochial par le dit orifice.

14. Il arrive souvent qu'un seul membre de l'enfant s'échappe de la matrice par la crevasse: tantôt c'est un bras ou une jambe, tantôt ce sont les deux extrémités inférieures et la moitié du tronc; d'autres fois c'est la tête seule, etc., comme il peut se faire aussi que, quoique la rupture de la matrice soit assez grande, cependant aucune partie de l'enfant ne s'y engage. Dans tous ces cas il est fort rare que la section des parois abdominales soit indiquée; ce n'est que lorsqu'on verra l'impossibilité de l'accouchement par la voie naturelle, qu'il faut en venir à la gastrotomie, c'est-à-dire à l'incision des parois

---

éprouva aucun fâcheux accident, et guérit parfaitement. M. LAMBRON, *Chirurgien d'Orléans, la pratiqua deux fois sur une même femme à deux grossesses consécutives; elle ne fut pas plus salutaire à l'enfant, parcequ'on n'y eut recours la première fois que dix-huit heures après la rupture de la matrice; la seconde fois, quoique pratiquée presque immédiatement après cet accident, l'enfant ne donna des signes de vie que pendant une demi-heure. La femme guérit aussi parfaitement, puisqu'elle redevint grosse, et accoucha naturellement d'un enfant bien portant. (V. M.* BAUDELOCQUE *dans son second volume de l'art des accouchemens, ou le journal de médecine, Mai* 1768.)

abdominales. La partie supérieure du vagin dans le lieu de son union avec le museau de tanche peut aussi se déchirer, permettre à l'enfant de passer, comme nous avons dit, dans l'abdomen, et nous obliger, quoique plus rarement, à pratiquer l'opération susénoncée.

15. La mauvaise conformation du bassin, considérée rélativement à l'accouchement, peut dépendre de l'irrégularité des os qui constituent ce canal, du vice de leur jonction, ou de certaines exostoses qui s'élèvent à leur surface interne. Elle n'affecte pas toujours le bassin dans le même sens, ni dans les mêmes parties, ni au même degré, ce qui fait qu'elle ne s'oppose pas toujours également à la sortie de l'enfant. D'ordinaire le détroit supérieur seul est vicié et assez constamment de devant en arrière; quelquefois aussi ce même détroit se trouve assez grand, et l'inférieur resserré.

16. Lorsque le petit diamètre du bassin, considéré dans le détroit supérieur ou dans l'inférieur, est moins long de trois pouces et demi, il en résulte un obstacle à l'accouchement, si la tête de l'enfant n'excède pas la grosseur la plus ordinaire; cet obstacle augmente d'autant plus, et finit pour devenir insurmontable à mesure que l'étendue du même diamètre diminue de plus en plus, et approche de deux pouces et demi ou de deux pouces et un quart, terme où la sortie d'un enfant entier paraît cesser de pouvoir se faire par cette voie, malgré les ressources que l'art nous offre, telles que l'extraction de l'enfant par les pieds, l'usage des forceps, etc.

17. Les diamètres obliques et transversaux peuvent aussi être viciés par la mauvaise conformation du bassin, comme ceux dont nous venons de parler, quoique plus rarement, et apporter les mêmes difficultés à l'accouchement.

M. Baudelocque, ainsi que plusieurs autres illustres Auteurs, disent avec raison que lorsque le bassin est resserré au point qu'il ne lui reste que deux pouces et demi de petit diamètre, la sortie de l'enfant vivant et à terme ne peut se faire par la voie naturelle (*k*). L'opération césarienne est dans ce cas la seule ressource qu'on puisse avoir pour tâcher de sauver s'il est possible la mère et l'enfant, ou un des deux. Le bassin qui offre trois pouces moins un quart de diamètre nous oblige, même fréquemment, de pratiquer cette opération.

18. On doit éviter l'opération césarienne toutes les fois que le fœtus étant mort dans l'utérus, la mauvaise conformation du bassin permet de l'extraire en entier ou par morceaux.

19. L'énorme volume du fœtus encore vivant oblige quelquefois à l'incision césarienne (*l*). L'enfant peut être énormément gros naturellement ou par quelque maladie ; dans le premier cas il ne pourra jamais sortir vivant par la voie naturelle, et il faut de nécessité lui ouvrir une voie artificielle ou le couper par morceaux (*m*): s'il l'est par quelque

---

(*k*) *Quelques Auteurs, entr'autres M.* Solayre, *rapportent des exemples de plusieurs femmes qui ont accouché des enfans vivans et bien constitués, malgré que leur bassin n'eût que deux pouces et demi de petit diamètre.*

S'il se trouve quelquefois des mères qui ont eu le bonheur de se délivrer seules lorsque leur bassin est ainsi resserré, ce n'est pas toujours sans des dangers bien grands pour elles et pour l'enfant.

(*l*) *V. MM.* De la Motte, Deventer.

(*m*) *M.* Petit *dit dans son traité d'accouchement, qu'un cas où il semble qu'on pourrait mettre en doute*

maladie c'est d'ordinaire par l'hydropisie soit du ventre, soit de la poitrine, soit de la tête, et on sait parfaitement aujourd'hui qu'elle ne met pas la mere dans le cas de subir l'opération césarienne.

20. Cette opération est indispensablement indiquée lorsque le fœtus est retenu dans un enfoncement de la matrice, dans une poche particulière inaccessible aux contractions de ce viscère et à la main opératrice, avec menace d'inflammation, de gangrène ou de déchirement de ses parois.

21. Si l'enfant se trouve contenu dans l'organe utérin formant hystérocèle, ou bien la descente, et que la réduction s'en soit rendue impossible d'aucune façon, il faudra en venir à l'opération césarienne qui consiste dans le premier cas à pratiquer une incision sur la tumeur même formant la hernie pour en tirer l'enfant (*m*), et dans le second, à inciser l'orifice de la matrice, si son resserrement est cause que l'accouchement ne puisse s'effectuer; l'Opérateur devra employer tous les soins possibles pour pratiquer cette taille de la manière la plus analogue à l'état naturel de cet organe que nous avons indiqué ci-dessus. On la fera par conséquent sur les côtés de l'orifice jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment large à permettre l'extraction du fœtus (*n*)

---

la nécessité de l'opération césarienne est celui de deux jumeaux en vie et à terme, qui se trouveraient joints ensemble par leur tête, ou par leur tronc, et dont la mère serait déja depuis quelque tems et infructueusement en travail.

(*m*) *Voyez la page* 148 *du premier volume de médecine opératoire de M.* SABATIER.

(*n*) *M.* CHOPART *dans son traité des maladies des voies urinaires en rapporte quelques exemples.* (*V. M.*

on se conduira ensuite comme dans l'accouchement ordinaire.

22. Des tumeurs squirreuses affectant les parties molles situées dans l'intérieur du bassin, comme les parties extérieures, peuvent aussi exiger la taille césarienne, surtout si ces tumeurs à base très-large se trouvent à la partie supérieure du vagin ou à l'entrée de l'utérus, et qu'on ne puisse les enlever sans exposer la femme à un danger plus imminent encore que celui de l'opération césarienne. C'est la prudence et le discernement de l'Accoucheur, qui doit dans pareil cas faire choix de la méthode d'opérer.

23. Enfin, si l'opération césarienne exige, comme nous venons d'observer, beaucoup d'attention lorsqu'on est obligé de la pratiquer sur la femme vivante, on ne devrait pas s'en dispenser entièrement quand elle est morte; tant il est difficile quelquefois de s'assurer à l'instant même si elle est véritablement morte ou non, comme dans quelques cas d'asphyxie (*p*). Si l'on attendait pour faire cette opération,

---

Sabatier dans son premier volume de médecine opératoire, page 257.

(*p*) *M. Rigaudeaux, chirurgien aide-major de l'hôpital militaire de Douai, n'ayant pu se rendre auprès d'une femme de la campagne aussitôt qu'il fut appelé pour l'accoucher, apprit en y arrivant qu'elle était morte depuis deux heures, et qu'on n'avait pu trouver personne pour lui faire l'opération césarienne. M. Rigaudeaux fit lever le linceul qui la couvrait, et voyant que le corps avait conservé de la souplesse et de la chaleur, il examina s'il ne pourrait pas en tirer l'enfant par la voie ordinaire, ce qu'il fit aisément en l'amenant par les pieds après l'avoir retourné. Il donna à cet enfant des soins qui parurent d'abord infructueux, mais qui le ra-*

que les signes les plus certains de la mort se manifestassent, elle deviendrait inutile pour l'enfant qui ne peut survivre long-tems à sa mère, s'il reste dans son sein. D'un autre côté l'on ne doit pas livrer celle-ci à un trépas inévitable, lorsque sa mort n'est peut-être qu'apparente.

24. Immédiatement après la mort de la femme, le Chirurgien doit examiner s'il peut parvenir à extraire le fœtus par la voie naturelle à l'aide des moyens suggérés par l'art, ce qui arrive assez fréquemment lorsque les fortes contractions de l'enfantement ont eu lieu, et que la femme n'étant pas aidée à tems ou même mal aidée a dû succomber à leur violence (*q*). Mais toutes les fois que l'extraction de l'enfant par la voie naturelle ne peut avoir lieu, il faut alors avoir recours sur le champ à l'opération césarienne, et on y procédera avec autant de soin que si l'on devait en attendre le plus grand succès pour la mère.

25. Cette opération se fait tantôt dans l'endroit d'*élection*, tantôt dans celui de *nécessité*. Le premier a toujours lieu dans la femme enceinte morte d'une

---

nîmèrent au bout de quelques heures. Ayant trouvé la femme dans le même état cinq heures après, ce chirurgien recommanda qu'on ne l'ensevelît que quand ses membres seraient froids et roides. Il eut la satisfaction d'apprendre sur la fin du jour que la mère était ressuscitée deux heures après qu'il s'était retiré de chez elle. C'était le 8 juin 1745, et la mère et l'enfant vivaient encore quand M. RIGAUDEAUX publiait son observation: mais la première était restée sourde, paralytique et presque muette. (Voyez le journal des savans, du mois de janvier 1749.)

(q) M. ROSSI, professeur de médecine opératoire, en a extrait deux à une femme qui était dans le même cas, tous deux vivans.

maladie quelconque sans qu'on puisse la délivrer par la voie naturelle, et dans la vivante lorsque le fœtus contenu dans la matrice ne peut sortir par son orifice, soit à cause de son énorme grosseur, et des larges tumeurs squirreuses qui se trouvent à l'entrée de l'utérus ou à la partie supérieure du vagin etc.; soit enfin attendu le vice de conformation du bassin dont le passage est beaucoup plus étroit que les diamètres ordinaires de la tête du fœtus. Quant à l'autre, savoir celuî de nécessité, il a lieu lorsqu'on doit extraire le fœtus de l'ovaire, de la trompe de Faloppe ou de la cavité abdominale de quelque manière qu'il y ait pénétré, ou bien d'un enfoncement particulier, ou de l'hystérocèle.

26. Tous les Praticiens ne sont pas d'accord quant à l'endroit d'élection, savoir, s'il vaut mieux faire la taille sur la ligne blanche dans sa partie infra-ombilicale et suivant sa longueur, ou s'il faut préférer d'ouvrir les parois abdominales de côté et parallélement à la même ligne blanche. Nous n'entreprendrons point l'examen des raisons alléguées de part et d'autre en faveur de l'endroit proposé; mais puisque les plus savans Opérateurs d'après leur saine pratique ont observé que la réunion des bords de la plaie faite aux parois abdominales, pour l'extraction du fœtus et de ses dépendances, est plus prompte et suivie d'un plus heureux succès lorsqu'on la pratique de côté et parallélement à la ligne blanche, on doit par conséquent la préférer à toute autre.

27. Quoique cet endroit d'*élection* en général soit préférable, cependant dans certains cas on est obligé de le varier, suivant les gradations de la dilatation de la matrice dans les différens périodes de la gestation, auxquels on peut être forcé d'opérer, et suivant les changemens produits par cet organe sur les parties voisines, etc.

28. L'endroit de *nécessité* est prescrit par le siège qu'occupe le fœtus.

29. Dans tous les cas d'opération césarienne on aura soin avant tout d'évacuer la vessie, et l'intestin rectum. Si la grossesse est utérine et au dernier période de la gestation, il faut entreprendre cette opération aussitôt que les douleurs de l'enfantement auront commencé, afin qu'on puisse ouvrir la matrice avant que les eaux de l'amnios se soient écoulées. On fera l'incision des parois abdominales plus grande que celle de l'organe utérin qui doit être faite à sa partie latérale correspondante et supérieure de son corps suivant sa longueur. Cette taille doit terminer inférieurement deux pouces au moins plus haut que celle des parois de l'abdomen.

30. La cavité de la matrice étant ouverte, ou les eaux se sont déja écoulées par son orifice, ce qui arrive malheureusement trop souvent, ou les membranes qui les contiennent, se trouvent encore entières. Dans le premier cas le Chirurgien introduira peu-à-peu la main dans la matrice, et il cherchera cette partie du fœtus qui pourra mieux faciliter son extraction, se réglant ici comme dans l'accouchement naturel. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque les membranes sont encore entières, alors en ouvrant la matrice, il faudra pencher la malade sur le côté de l'opération pour faciliter l'écoulement des eaux et des autres humeurs en déhors de la cavité, et on se conduira ensuite comme ci-dessus.

31. Lorsque le fœtus est extrait, ou le placenta vient après lui poussé en déhors par les efforts de la matrice, et dans ce cas, dès qu'on se sera assuré de son resserrement pour éviter le risque d'une hémorragie ou d'un épanchement dans la cavité, on pansera de suite la plaie suivant les préceptes de l'art; ou bien le placenta demeure encore adhérent

à la matrice, et alors après avoir, comme dans l'accouchement ordinaire, lié et coupé le cordon ombilical, on en fera l'extraction avec les précautions convenables, tâchant aussi de faire en sorte que rien ne s'oppose au resserrement de ce viscère.

32. Il peut arriver qu'après que la cavité de la matrice est ouverte, le placenta s'y trouve au-dessous et adhérent : il faut alors tenter, s'il est possible, de le détacher d'un côté avec les doigts, pour pouvoir ensuite ouvrir les membranes ; autrement il faudra le tailler dans son milieu et faire l'extraction du fœtus avec le plus de célérité possible, pour éviter une dangereuse hémorragie.

33. Mais lorsque l'opération césarienne doit se faire à l'endroit de nécessité, c'est alors que l'Opérateur a besoin des plus exactes connaissances anatomiques pour pouvoir pratiquer la taille nécessaire, sans risque de blesser des parties essentielles, et de la faire à l'endroit d'où le fœtus puisse être plus aisément extrait.

Il y a, dans ce cas, plus de danger d'épanchement dans la cavité, soit que le fœtus y soit entré dès sa fécondation, et que le placenta se soit fait adhérent à quelqu'un des viscères ou même aux parois de la matrice, soit qu'il y ait pénétré après le déchirement de la trompe de Faloppe, de l'ovaire ou de la matrice, à la suite d'efforts violens et réitérés pour le chasser inutilement en déhors, ou bien par quelque cause mécanique extérieure.

Ce danger est moins grand quand le fœtus se trouve renfermé dans un enfoncement particulier ou dans l'hystérocèle ; en opérant, on l'empêche d'autant plus aisément que, soit dans ces cas, soit dans d'autres, l'endroit où est contenu le fœtus, communique avec la grande cavité utérine, qui facilite

une voie naturelle à l'écoulement du flux lochial. On se conduira du reste comme nous avons dit en parlant des grossesses extra-utérines et de l'hystérocèle.

34. Enfin, dans quelque endroit que ce soit où l'opération ait été faite, lorsque le Chirurgien s'appercevra de l'existence ou de la formation de quelque épanchement dans la cavité abdominale, il doit tout de suite en procurer l'évacuation moyennant une convenable situation de l'opérée, soit avant, soit après l'application de l'appareil indiqué.

35. Nous ne parlerons pas de la symphysiotomie, opération que quelques Praticiens ont préférée à la césarienne, attendu qu'ils l'ont crue moins douloureuse, plus facile et moins dangereuse. Si l'on consulte les cas où cette opération a été pratiquée par ses partisans, on voit aisément que tantôt elle l'a été sur des femmes qui auraient pu accoucher par la voie naturelle, tantôt sur d'autres chez qui le resserrement du bassin était très-grand, mais qu'on la fit toujours infructueusement pour l'enfant, et très-souvent aussi pour la mère (*p*). Il est cependant un très-petit nombre de cas où cette opération séduisante, mais terrible dans ses effets, peut être préférable à l'opération césarienne (*q*).

De l'hystéro-litho-tomie.

1. Il peut se former des calculs dans la cavité utérine, comme dans quelque partie que ce soit du corps.

(*p*) *V. le premier supplément au traité des opérations de M.* BERTRANDI, *où ses savans éditeurs exposent l'histoire raisonnée de la symphysiotomie.*

(*q*) *V. MM.* BAUDELOCQUE *et* ROSSI *dans leur traité d'accouchement.*

Plusieurs Auteurs ont eu occasion de voir des placenta avec des incrustations calculeuses (*r*).

2. Les calculs de la matrice sont quelquefois engendrés par les causes éloignées des autres calculs ; d'autres fois on doit cette production à la nature de la fonction à laquelle ce viscère est destiné ; enfin ils sont quelquefois l'effet d'altérations résultantes d'un accouchement laborieux et difficile.

3. D'après cela il est évident qu'il peut y avoir des calculs de la matrice, qui sont un résultat de la disposition de *naissance*, ainsi que des *calculs rénaux*, etc., que d'autres sont le résultat d'altérations produites par une cause quelconque de la liberté des règles, et que le même effet peut enfin avoir lieu à la suite de certains accouchemens qui causèrent une ouverture à la vessie urinaire.

4. Il y par conséquent des calculs de la matrice qui proviennent de *naissance* ; il y en a d'autres qui peuvent être la suite d'un dérangement des règles, et où les lois d'affinité d'aggrégation des matériaux contenus dans le sang ont lieu ; d'autres enfin sont causés par l'urine qui de la vessie a filtré dans la matrice, ou bien par des morceaux de placenta restés dans la matrice même, auxquels on peut ajouter encore ceux qui sont le résultat de corps étrangers pénétrés jusque dans la cavité de ce viscère et qui y restent.

5. Lorsque les calculs formés dans la cavité utérine n'ont pu être expulsés par les efforts de ce viscère, ce qui arrive ordinairement, et que par les symptômes qui en sont produits, ainsi que par l'exploration, l'Opérateur est assuré de leur existence, il doit en faire l'extraction.

(*r*) *MM.* COLLOT, CHOPART *et* ROSSI *en rapportent des exemples.*

6. L'on peut pratiquer cette extraction de deux manières, savoir ou en ouvrant l'orifice de la matrice sans taille, ou en fesant la taille.

7. L'essence de ce viscère et la grande sensibilité dont il est doué, sont autant de motifs pour convaincre l'Opérateur de choisir de préférence la dilatation de l'orifice, plutôt que d'en venir à la taille.

Cette dilatation se fera au moyen d'un ou de plusieurs doigts qu'on introduira méthodiquement dans l'orifice de la matrice, ou bien avec un dilatateur, sans pourtant causer des déchiremens, et lorsqu'elle sera faite, si les efforts de cet organe ne suffisent pas pour l'expulsion du calcul, on le tirera à l'aide des tenettes adaptées au cas, desquelles on fera usage avec les plus grandes précautions possibles.

8. Mais si pour extraire le calcul on est forcé de procéder à la taille de l'orifice de la matrice, alors comme l'opération est trés-importante, l'Opérateur devra employer tout le soin possible pour pratiquer cette incision de l'orifice sur l'un de ses côtés, et si elle est insuffisante il en fera de même du côté opposé. Cette taille, quoique trés-peu étendue, suffit d'ordinaire pour que les seuls efforts de la matrice chassent le calcul: en cas contraire il se servira des tenettes pour le tirer, s'il ne peut le faire avec les doigts (*s*).

(*s*) *M. Rossi a fait cette opération avec un très-heureux succès.*

FIN.

57.

THÈSES

D'ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

I.

Le corion est la partie essentielle du derme; c'est lui qui en détermine l'épaisseur et la forme.

II.

Le corps réticulaire cutané n'est qu'un lacis de vaisseaux extrêmement fin, et dont les troncs déja très-déliés, après avoir passé par les pores multipliés dont le corion est percé, viennent se ramifier à sa surface, et contiennent différentes espèces de fluide.

III.

La sensibilité de presque tout ce système capillaire superficiel, pour peu qu'elle soit excitée par une cause externe ou interne, a une extrême tendance à se mettre en rapport avec le sang qui lui est presque hétérogène dans l'état naturel.

IV.

Il est des parties du corps, où la tendance et la susceptibilité qu'a ce système capillaire dermoïde à admettre le sang, est plus grande que dans d'autres.

V.

Dans la texture et principalement à la surface externe de la peau, s'ouvrent en très-grande quantité des vaisseaux absorbans et exhalans.

VI.

Le système cutané jouit de la sensibilité animale, organique, de la contractilité organique insensible au plus haut degré; de l'extensibilité et de la contractilité du tissu.

DE PATHOLOGIE EXTERNE.

I.

L'hémorragie des branches artérielles survient plus facilement quand elles sont seulement piquées ou coupées à demi, que lorsqu'elles le sont totalement.

II.

III.

L'hémorragie des artères externes a ses symptômes qui la distinguent de celle des veines.

III.

Le moyen le plus sûr et le plus court pour guérir l'hémorragie d'un gros vaisseau artériel, c'est la ligature.

IV.

Dans la cavité utérine, comme dans le vagin, il peut se former des polypes de différente nature.

V.

Les contractions violentes et quelquefois convulsives de la matrice sur l'enfant qui rencontre des difficultés à sa sortie, peuvent être cause de sa rupture, surtout si la grossesse s'approche du terme de la gestation.

DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I.

Le polype de la matrice peut opposer plus ou moins de difficulté à l'enfantement à terme, et nous obliger tantôt de faire l'accouchement le plus promptement possible, la nature ne pouvant seule l'effectuer, et tantôt nous forcer d'en venir à l'extirpation du même polype, pour que l'accouchement puisse se faire.

II.

L'opération césarienne d'élection doit de préférence être pratiquée de côté et parallélement à la ligne blanche infra-ombilicale, si des accidens ne nous obligent pas à la faire ailleurs.

III.

Toutes les fois que des calculs engendrés dans la cavité utérine n'ont peu être expulsés par les efforts de cet organe, l'Opérateur doit les extraire en ouvrant l'orifice du même organe au moyen de la taille, ou sans taille.

Soit imprimée.
P. BALBE, RECTEUR.

= INV. 9151 =